

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE LYON

Année scolaire 1929-1930 — N° 203

Contribution à l'étude
des
KYSTES DENTAIRES
de la
région temporo-auriculaire chez le cheval

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le

27 MARS 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

Ernest GARCIN

Né le 3 Août 1906 à DECIZE (Nièvre)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**Contribution à l'étude des Kystes Dentaires
de la région temporo-auriculaire chez le cheval**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE LYON

Année scolaire 1929-1930 — N° 203

Contribution à l'étude
des
KYSTES DENTAIRES
de la
région temporo-auriculaire chez le cheval

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le

27 MARS 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

Ernest GARCIN

Né le 3 Août 1906 à DECIZE (Nièvre)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

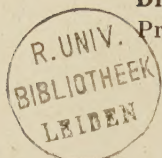
1930

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON

Directeur..... M. CH. PORCHER.

Directeur honoraire. M. F.-X. LESBRE.

Professeurs honoraires M. ALFRED FAURE, ancien Directeur.
M. CADÉAC.



PROFESSEURS

Physique et chimie médicale, Pharmacie, Toxicologie..	MM. PORCHER
Botanique médicale et fourragère, Zoologie médicale,	
Parasitologie et Maladies parasitaires.....	MAROTEL.
Anatomie descriptive des animaux domestiques, Téra-	
tologie, Extérieur	TAGAND.
Physiologie, Thérapeutique générale, Matière médicale	JUNG
Histologie et Embryologie, Anatomie pathologique,	
Inspection des denrées alimentaires et des établis-	
sements classés soumis au contrôle vétérinaire...	BALL
Pathologie médicale des Equidés et des Carnassiers,	
Clinique, Sémiologie et Propédeutique, Jurispru-	AUGER
dence vétérinaire	
Pathologie chirurgicale des Equidés et des Carnas-	
siers, Clinique, Anatomie chirurgicale, Médecine	DOUVILLE
opératoire	
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire.	
Clinique, Médecine opératoire, Obstétrique.....	CUNY
Pathologie générale et Microbiologie, Maladies micro-	
biennes et police sanitaire, Clinique.....	BASSET
Hygiène et Agronomie, Zootechnie et Economie rurale.	LETARD

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Industrie et contrôle des produits d'origine animale.... TAPERNOUX

CHEFS DE TRAVAUX

LOMBARD, COLLET, JEAN-BLAIN.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président : M. le Dr FAVRE, Professeur à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Assesseurs : M. DOUVILLE, Professeur à l'Ecole Vétérinaire.

M. R. TAGAND, Professeur à l'Ecole Vétérinaire.

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE
Médecin-Vétérinaire

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE JULES GARCIN
Médecin-Vétérinaire

A MON ONCLE HENRI GARCIN
Médecin-Vétérinaire

A MON COUSIN EDOUARD GARCIN
Docteur-Vétérinaire

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A TOUS CEUX QUE J'AIME
je dédie cet ouvrage.

Contribution à l'étude des Kystes Dentaires de la région temporo-auriculaire chez le cheval

Introduction

Ayant eu l'occasion d'observer au cours de nos études à l'ECOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON, un cas particulièrement intéressant de kyste dentaire siégeant dans la région temporo-auriculaire chez un cheval, il nous a paru tout indiqué de choisir cette affection comme sujet de notre thèse. La présence d'une dent dans cette région n'a pas été sans nous intéresser, n'ayant jamais rencontré de cas semblable auparavant. C'était une raison de plus pour l'étudier de plus près.

Les kystes dentaires, comme nous le verrons plus loin, sont une modalité particulière de kystes dermoïdes, lesquels appartiennent au groupe des tumeurs embryonnaires.

Nous ne traiterons ici ni des tumeurs embryonnaires, ni même des kystes dermoïdes en général, mais seulement des kystes dentaires de la région temporo-auriculaire chez le cheval et cela pour plusieurs raisons : 1° ils sont et de beaucoup les plus fréquents ; 2° leurs symptômes ; 3° leur mode particulier de traitement en font une affection vraiment

trop spéciale pour qu'il soit facile de les étudier avec les kystes dermoïdes dans leur ensemble.

Cette introduction terminée, nous remercions sincèrement M. LE PROFESSEUR DOUVILLE pour l'aide précieuse qu'il a bien voulu nous apporter dans l'élaboration de notre thèse.

Nous remercions aussi M. LE PROFESSEUR TAGAND qui a bien voulu faire partie de notre jury.

Nous exprimons également notre gratitude à M. LE PROFESSEUR FAVRE, de la FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre jury.

Enfin nous adressons à tous nos maîtres de l'ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE LYON l'expression de notre reconnaissance pour le précieux enseignement qu'ils nous ont donné.

Définition

On peut diviser les *tumeurs embryonnaires* en deux groupes principaux : 1° les tumeurs à *tissus multiples*, dans la constitution desquelles il entre plusieurs sortes de tissus : cartilage, os, tissus musculaires, nerveux, fragments d'organes, etc..., tels sont les tumeurs tératoïdes de l'ovaire ou *tératomes* ovariens, par exemple ; 2° les tumeurs à *tissus simples* formées d'un seul tissu et de ses dérivés. C'est dans ce groupe qu'on range les kystes dermoïdes.

Les *kystes dermoïdes* sont des tumeurs congénitales dont le développement paraît remonter à l'époque fœtale et qui ont leur origine dans un vestige du tissu embryonnaire. Ces tumeurs, toujours *hétérotopiques*, sont *kystiques*, et la paroi de la poche qu'elles représentent a la même constitution que celle des *membranes dermoïdes en général*, et de la peau en particulier. On en a fait deux groupes d'après la nature de leur contenu : 1° les kystes dermoïdes *simples*, qui comprennent : les kystes dermoïdes *sébacés*, renfermant uniquement de la matière sébacée avec des cellules épidermiques desquamées, et les kystes dermoïdes *pilo-sébacés* présentant, en plus, quelques poils implantés sur la paroi ou libres dans le liquide qu'elle contient ; 2° les kystes dermoïdes *complexes* qui peuvent renfermer en plus des dents en nombre

variable. C'est à ces derniers qu'on rapporte les kystes dentaires, *dentigères* ou *dentifères*.

On peut donc définir les kystes dentaires des kystes dermoïdes complexes, à l'intérieur desquels on peut rencontrer une ou plusieurs dents. Ils sont assez fréquents chez les animaux, surtout chez le cheval et le bœuf. On les remarque principalement à la surface du crâne, au niveau du cou, des maxillaires, même dans certaines glandes comme l'ovaire et le testicule. Leur point d'élection préféré semble bien être la *région temporo-auriculaire*, si l'on en croit les statistiques établies par LANZILLOTTI et GENERALI qui montrent que sur soixante-quinze cas mentionnés dans les journaux vétérinaires, soixante-huit se rapportent à des kystes situés dans cette région.

Historique

Les kystes dentaires de la région temporo-auriculaire sont connus seulement depuis le commencement du XIX^e siècle. Les observations qu'en ont publiées les divers auteurs sont assez nombreuses ainsi que les appellations qu'on leur a attribuées, appellations variant avec l'opinion que se faisait chaque auteur sur la nature de ces kystes. On les a désignés sous les noms de : fistule du temporal, dents errantes, dégénérescence éburnée de l'os temporal, odontocèles, etc...

La première observation que nous ayons trouvée remonte à 1811, époque à laquelle MAGE-GROUILLÉ cite le cas d'une pouliche de trois ans et demi présentant dans la salière gauche une tumeur avec collection purulente gagnant jusque dans l'oreille. Une dent molaire de six centimètres et à structure normale en occupe le fond.

RODET, en 1827, signale une lésion qu'il prétend être une *éburnation de l'os temporal*. C'est en réalité un kyste dentaire avec fistule s'ouvrant assez haut sur la conque et dont le fond est situé près de l'épine zygomatique. Ce kyste contient une dent. Après l'extirpation de cette dernière, une seconde apparaît.

L'année suivante, BÉNARD observe un cas semblable et rectifie le diagnostic précédent posé par RODET.

En 1848, GOUBAUX observe un kyste dentaire chez un cheval. La tumeur est située dans l'intérieur du crâne qu'elle traverse à la façon d'un clou. Une autre tumeur est située à la base de l'oreille, en arrière de l'origine de l'apophyse zygomatique du temporal; elle contient une dent implantée profondément entre l'occipital et le temporal.

DURAND cite en 1852 le cas d'un cheval porteur d'une tumeur à la base de l'oreille. Cette tumeur, molle et fluctuante, donnant écoulement à un liquide visqueux après ponction, n'est autre qu'un kyste contenant une dent encore revêtue des franges de sa gencive après extirpation.

GOUBAUX, en 1853, dit avoir extrait avec succès des dents enkystées sur deux sujets. L'opération tentée sur un troisième sujet ne réussit pas à débarrasser ce dernier de son infirmité.

La même année, REYNAL rapporte l'observation de MARTIN, vétérinaire à GENAC, relative à un cheval qui depuis quinze mois présente au niveau de la région temporale gauche, à égale distance de l'œil et de l'oreille, une tumeur dure, douloureuse au toucher, fistulisée et donnant écoulement à un pus fétide. Ce praticien en extrait une dent qu'il croit être le *cartilage scutiforme ossifié et nécrosé*.

En 1858, GUERRAPAIN constate chez une pouliche de deux ans la présence d'une tumeur sous-cutanée, indolore, molle et fluctuante, située dans la fosse temporale, sur le crotaphite. Un petit orifice siégeant au bord externe de la conque donne écoulement à un liquide peu abondant qui agglutine les poils. L'auteur retire de cette tumeur une dent ayant toute l'appar-

rence d'une dent normale. Il dénomme cette tumeur : « *odontocèle* ».

Un an plus tard il observe un autre cas de kyste de la base de l'oreille chez un cheval, et à l'intérieur duquel il trouve une dent enclavée sur l'apophyse zygomatique du temporal.

MACORPS, en 1860, dit avoir opéré plusieurs chevaux porteurs de kystes dentaires. Sur l'un d'eux, après avoir extirpé une première dent, une seconde apparaît qu'il enlève à son tour ; une troisième sort ensuite provoquant une nouvelle tumeur.

A la même époque, BAY parle d'un cheval mort de méningo-encéphalite dans l'espace de vingt-quatre heures. Cet animal porte au niveau de la tempe droite une tumeur sans fistule due à la présence d'un kyste contenant quatre dents dont deux compriment les tissus encéphaliques à travers la voûte crânienne.

Deux ans plus tard, en 1862, MACORPS signale un autre cas de tumeur analogue aux précédentes et qui refoule l'oreille en arrière. Elle contient une dent enchâssée dans l'os temporal.

ROBIN et FÉLIZET publient l'année suivante l'observation d'un kyste dentaire qu'ils ont opéré avec succès.

En l'année 1874, LANZILLOTTI et GENERALI signalent qu'un cheval porteur d'une fistule au niveau de l'os temporal et auquel on n'avait rien fait meurt d'une *méningo-encéphalite* provoquée par cette lésion.

BARREAU, un an plus tard, rapporte le cas d'un kyste contenant une dent enchâssée entre les deux lames de la portion écailleuse du temporal. L'adhérence est telle qu'on ne peut opérer.

COLLIN DE BULGUÉVILLE, en 1876, cite un cas de kyste dentaire où la molaire contenue dans son intérieur s'élimina spontanément.

BENJAMIN présente à la *Société Centrale Vétérinaire* du 24 octobre 1878 une dent extraite du temporal d'un poulain parfaitement guéri après l'opération.

La même année, GODFRIN fait connaître qu'il a opéré deux kystes dentaires avec succès.

DEGIVE, deux ans plus tard, pratique l'opération d'un kyste contenant deux molaires contiguës incluses dans le temporal avec induration de la région pré-auriculaire ; en extirpant ces dents il ouvre la boîte crânienne. L'animal meurt deux jours après de *méningo-encéphalite*.

MOROT, en 1882, communique le fait suivant : une jument présente une fistule suppurante de la région temporale droite. La fistule dure depuis quatre ans quand il l'opère. L'intervention chirurgicale est suivie d'une *hémiplegie totale* droite entraînant la mort de l'animal.

CADIOT opère en 1888 un kyste dentaire de la région temporale. La guérison est obtenue après l'extraction d'une petite molaire contenue dans ce kyste.

En 1889, PIAU rapporte l'observation relative à deux cas de kystes dentaires à la base de l'oreille chez des chevaux. Les dents qui en sont extraites pèsent : l'une douze grammes, l'autre vingt grammes. Les deux opérations sont couronnées de succès.

CADIOT, en 1897, pratique une opération semblable sur un poulain de deux ans. Il extirpe deux molaires de la tumeur et la plaie opératoire est cicatrisée en un mois.

Le même auteur, l'année suivante, rencontre encore un cas de tumeur de la base de l'oreille gauche chez un cheval de quatre ans. Il décrit cette tumeur comme étant molle, fluctuante, du volume d'un œuf, et sans phénomènes phlegmasiques à la perception. Il a affaire là encore à un kyste dentaire.

KOIRANSKY, en 1903, relate le cas d'un cheval de course de trois ans possédant à la base de chaque conque une petite tumeur molle qui, s'ulcérant à la longue, donne écoulement à un liquide purulent strié de sang et d'odeur infecte. La tumeur de gauche renferme une dent implantée dans le temporal et celle de droite en renferme quatre. La guérison est obtenue facilement par l'extirpation de ces dents.

GRASBY rapporte, en 1905, l'observation d'un kyste dentifère dans l'os temporal chez un cheval.

MEBOLIN rencontre en 1906 une fistule à la base de l'oreille chez un cheval, fistule due à un kyste dentaire.

En 1909, IUGLIS constate également la présence d'un kyste dentaire dans la région temporale.

DORNIS, en 1912, fait part d'une observation de fistule de l'oreille ayant comme origine un kyste dentaire.

Etiologie

L'étiologie des kystes dentaires est restée longtemps inconnue. Les théories qu'on en a exposées sont variables suivant les auteurs, mais en dehors de celle qu'on admet généralement aujourd'hui aucune ne satisfait l'esprit.

Pour GUERRAPAIN ces tumeurs seraient dues au développement d'un petit noyau épiphysaire qui se serait glissé dans la trame des os leur servant de base.

MALASSEZ explique la présence des kystes dentaires de la façon suivante : il y aurait persistance d'un débris épithélial au voisinage d'une dent incluse ; l'irritation produite par l'évolution de cette dernière aurait pour résultat la formation de la poche kystique, la dent en se développant fait alors irruption dans son intérieur. Pour ce qui est des kystes renfermant plusieurs dents ils seraient formés de la même manière que les précédents, mais il existerait non pas une seule dent incluse, mais plusieurs, très rapprochées ou même contiguës. Pour lui, donc, la formation kystique proprement dite suivrait l'inclusion dentaire, mais il n'explique pas la façon dont cette dernière s'est produite. D'ailleurs on rencontre dans la même région, mais plus rarement il est vrai, des kystes pilo-sébacés, pour la formation desquels on ne saurait invoquer une cause traumatique semblable.

Certains auteurs, se basant sur ce fait que le nombre des dents reste normal chez tous les animaux porteurs de kystes dentaires, ne voyaient dans ces tumeurs qu'un *simple cartilage* de l'époque foetale, cartilage qui se serait *ossifié*.

Pour LEBERT, il existe une analogie très grande entre le tissu osseux et le tissu dentaire. Or on rencontre fréquemment du tissu osseux en des points où il n'y en a pas normalement ; la fréquence de ces formations dentaires hétérotopiques n'a donc rien de surprenant.

Pour GOUBAUX, il suffit qu'il y ait présence de membrane dermoïde pour que les poils et les dents se développent, chacune de ces dernières étant en contact de la membrane par l'intermédiaire d'une papille. Il pourra y avoir autant de dents que de papilles.

On a vu que RODET considérait ces lésions comme une *éburnation osseuse du temporal* et non pas comme une dent.

D'autres auteurs, comme DEGIVE, ROBIN, en font des *néoplasies hétérotopiques*, des sortes d'*aberrations dentaires*.

VIRCHOW les considère comme de simples dents déplacées, mais cette opinion ne cadre pas avec ce qu'on observe généralement, puisque, comme nous l'avons dit plus haut, le nombre des dents chez ces animaux est normal.

Longtemps on a eu tendance à prendre tous les kystes dermoïdes congénitaux et les kystes dentaires en particulier pour des *embryons avortés*, des sortes

de *môles*. Si cela est vrai pour certains prétendus kystes dermoïdes de l'ovaire ou du testicule et qui ne sont en réalité que des tumeurs complexes, des tératomes, il n'en est pas de même des kystes dentaires pour lesquels cette opinion n'a pas prévalu.

En effet la véritable explication que l'on puisse donner de ces néo-formations kystiques leur est particulière, bien que relevant aussi de l'embryologie pure et de la tératologie.

BARD donne une opinion plus compréhensive : les tumeurs embryonnaires se formeraient par isolement, à une époque variable du développement de l'être, d'une ou plusieurs cellules embryonnaires. Cette théorie peut s'appliquer par conséquent aux kystes dentaires.

VERNEUIL parle d'*inclusion*, d'*enclavement*, de *plissement épidermique* et il se rapproche par cela même de la théorie généralement admise aujourd'hui et pour laquelle il est nécessaire de rappeler ici quelques données classiques d'embryologie. Les kystes dentaires, en effet, ont leur origine dans l'enclavement, au niveau de la première *fente branchiale*, d'un lambeau de membrane dermoïde.

Le tube digestif de l'embryon est représenté primitivement par une simple *gouttière* bordée par des *replis*. Au fur et à mesure du développement ces replis s'accroissent et la gouttière se resserre jusqu'à devenir tubulaire par affaissement de ses bords. Cette transformation se fait de bonne heure aux deux extrémités distales. A ce moment l'intestin comprend trois parties : l'intestin *moyen* encore à l'état de gouttière et

dans lequel débouchent, d'une part, l'intestion antérieure au *céphalique* et, d'autre part, l'intestion *postérieure*, tous deux tubulaires.

C'est alors qu'apparaissent dans les parois mêmes de l'intestion des ouvertures le faisant communiquer avec l'extérieur ; ce sont : l'anus, la bouche et les *fentes branchiales*. Ce sont ces dernières qui nous intéressent particulièrement ici.

Les fentes branchiales sont des fissures plus ou moins profondes et linéaires situées le long des faces latérales de l'intestin céphalique, dans une direction dorso-ventrale. Chez les vertébrés inférieurs ces fentes sont complètes, c'est-à-dire qu'elles mettent directement l'intestin en communication avec l'extérieur et par là peuvent se faire ainsi certains phénomènes nutritifs. Au contraire, chez les animaux supérieurs il existe simplement des *sillons* plus ou moins profonds de l'ectoderme auxquels correspondent en dedans des sillons de l'entoderme. Chaque cul-de-sac externe ainsi formé est adossé à son homologue interne et n'en est séparé que par une mince *membrane obturatrice* formée d'un côté par l'ectoderme, de l'autre par l'entoderme.

Ces fentes sont délimitées par des sortes de replis, véritables bourrelets qui font saillie aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. On a donné le nom « *d'arcs branchiaux* » à ces bandes de tissus séparant chaque fente de sa voisine. Chacun de ces arcs a la même constitution que la membrane obturatrice dont nous avons parlé plus haut.

Le nombre de ces fentes est variable dans la série

animale. Alors qu'elles sont en nombre considérable chez les vertébrés inférieurs on n'en rencontre que quatre paires chez les mammifères, l'homme notamment.

Le développement de l'embryon continuant, que deviennent ces fentes branchiales? Chez les animaux inférieurs elles durent toute la vie pendant laquelle elles servent à la respiration aquatique. Chez l'homme et les mammifères au contraire elles se transforment en organes destinés à d'autres fonctions tandis qu'elles sont remplacées dans leur rôle respiratoire par le *poumon*, qui n'est à l'origine qu'un simple bourgeonnement de l'intestin céphalique.

Les arcs branchiaux ne restent pas tels qu'ils sont ; ils s'affaissent et rentrent plus ou moins les uns dans les autres à la façon des différents tubes composant une lunette, de sorte que les trois dernières fentes branchiales forment une véritable poche limitée d'un côté par les arcs branchiaux qui formeront la paroi du cou et de l'autre par la paroi thoracique. Cette poche anfractueuse prend le nom de *sinus « procer-vical »*. Elle a son importance par les anomalies mêmes auxquelles elle peut donner naissance ; elle peut en effet être la cause de certaines *fistules branchiales* quand elle ne se comble pas normalement au cours de la vie fœtale.

Nous avons dit plus haut que les fentes branchiales destituées de leurs fonctions respiratoires évoluaient vers la formation d'organes divers. Nous n'avons pas à nous étendre ici sur ce sujet. Rappelons seulement que la première fente, puisque c'est d'elle en général

que dérivent les kystes dentaires, donne l'*oreille externe*, l'*oreille interne* et la *Trompe d'Eustache*. Cette fente s'oblitére en général vers le deuxième mois de la vie fœtale. Il peut cependant arriver que la fermeture ne se fasse pas du tout ou se fasse mal ; dans le premier cas il persistera une fistule faisant communiquer le pharynx avec l'extérieur. Quand l'oblitération se fait mal, c'est-à-dire qu'elle s'opère vers l'extérieur et vers l'intérieur ou lieu de se faire dans l'intervalle, il se fait un enclavement de la peau qui donne naissance à un futur kyste dermoïde. On ne saurait mieux comparer ce phénomène à celui qui se passe quand on pratique la *greffe* sur des sauvageons, le lambeau de peau enclavé représentant l'*écusson* que l'on introduit dans la fente préalablement pratiquée dans les tissus du végétal, fente qui joue ainsi le rôle de la fente branchiale de l'animal chez lequel s'est fait cet enclavement.

Le lambeau de peau ainsi retenu donnera soit un kyste dermoïde simple, sébacé ou pilo-sébacé, mais il est assez curieux de remarquer que les enclavements au niveau de la première fente branchiale donne presque toujours des *kystes dentaires*, alors que les kystes pilo-sébacés et sébacés se rencontrent surtout au niveau des autres fentes, c'est-à-dire dans les muscles du cou et même dans l'épaule.

Normalement les dents se forment aux dépens de l'épithélium de la muqueuse buccale qui, comme la peau, est une membrane dermoïde dérivant de l'ectoderme : il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la peau puisse donner en certains cas particuliers des productions hétérotopiques de tissu dentaire.

On cite des cas où il n'existe pas de kyste proprement dit, mais simplement une dent implanté dans l'os sous-jacent. Ce fait est dû tout simplement à ce que le lambeau dermoïde enclavé a borné là son développement sans concourir à l'édification d'une *cavité close*. On pourra ainsi trouver toutes les modalités de kystes dentaires, comme nous le verrons dans l'étude de l'antomie pathologique de ces productions hétérotopiques.

Anatomie

La région temporo-auriculaire est située, comme son nom l'indique, sur la face latérale de la tête, au niveau de l'oreille. On peut la limiter arbitrairement en haut par le *muscle crotaphite*, en arrière par le *bord externe de l'occipital*, en avant par la partie postérieure de l'*arcade zygomatique*; dans sa partie inférieure elle est presque entièrement recouverte par la *parotide*.

Elle a pour base osseuse le *temporal* qui constitue l'assise de l'oreille. Cet os est recouvert par des muscles, des vaisseaux et des nerfs importants. Nous aurons donc à étudier successivement et assez brièvement le temporal, l'oreille externe et ses annexes, les muscles, les vaisseaux et les nerfs de la région.

Le *temporal* est un os pair qui constitue en partie la cloison de la cavité crânienne. Il comprend trois parties : la *portion écailleuse*, le *rocher* et l'*os temporal*. La *portion écailleuse*, aplatie, déprimée, en contact en haut avec le pariétal est recouverte par le *crotaphite*. Elle porte en dehors une saillie osseuse allongée dans le sens du grand axe de la tête, à bords irréguliers et qu'on appelle *apophyse zygomatique*.

Cette apophyse est creusée d'une cavité articulaire dans laquelle vient s'emboîter le condyle du maxillaire inférieur. Le bord inférieur porte une échancrure où vient se loger le *conduit auditif externe*.

Le rocher est une partie dense qui renferme les organes de l'ouïe. Il porte en bas l'*hiatus auditif interne* et le point de sortie de l'*aqueduc de Fallope*. Sa base est surmontée en dehors par un tube saillant, l'*hiatus auditif externe*, sur lequel vient s'emboîter le *pavillon de l'oreille*.

L'*os tympanal* est représenté par la *protubérance mastoïdienne* qui fait saillie un peu en arrière du conduit auditif externe. Entre le rocher et cette protubérance existe la *caisse du tympan*.

L'*oreille externe* offre à étudier : une charpente, des téguments, des muscles, des vaisseaux et des nerfs. Nous examinerons seulement la charpente et les téguments à part ; l'étude des autres organes sera faite avec celle plus générale de ces mêmes organes dans la région qui nous occupe.

La *charpente* de l'oreille est formée uniquement, par des pièces cartilagineuses au nombre de trois. Ce sont les *cartilages conchinien, auriculaire et scutiforme*. Le premier est celui qui donne sa forme à l'oreille externe, c'est-à-dire le pavillon. Il s'emboîte avec le cartilage auriculaire, lequel emboîte à son tour l'*hiatus auditif externe*. Le *cartilage scutiforme* est une plaque allongée d'avant en arrière et placée en avant de l'oreille sur le muscle crotaphite.

Les *téguments* sont constitués par la peau qui recouvre l'oreille à l'extérieur et se continue en dedans jusqu'à la membrane du tympan en subissant des modifications histologiques particulières.

L'étude des *muscles* de cette région n'offre aucun intérêt particulier. Disons seulement qu'en dehors du

crotaphite tous agissent sur la *conque*, leur point d'insertion étant soit le cartilage scutiforme, soit des saillies osseuses, soit encore la glande parotide. Ils sont au nombre de huit répartis en deux plans. Ils sont eux-mêmes recouverts par le peaucier et la peau.

Les *artères* de la région temporo-auriculaire dérivent toutes de la *carotide externe*. Ce sont : la *temporale superficielle* qui en est une branche terminale et qui se divise en deux branches, l'*auriculaire antérieure* et la *sous-zygomatique* ; la première traverse la parotide en avant, monte verticalement se loger sous le cartilage scutiforme, se termine dans le crotaphite et donne des rameaux aux organes antérieurs de l'oreille ; la seconde, située plus superficiellement, passe en-dessous de l'articulation temporo-maxillaire ; la *temporale profonde postérieure*, qui vient de la maxillaire, monte dans la fosse temporale en avant de l'articulation temporo-maxillaire. Elle irrigue le crotaphite ; l'*auriculaire postérieure*, collatérale de la carotide externe, est cachée à son origine par la parotide qu'elle traverse ainsi que les muscles cervico-auriculaires. Elle gagne la face externe de la conque et fournit des rameaux nombreux à la parotide à l'oreille externe et à l'oreille moyenne.

Quant aux *veines*, elles répètent à peu près exactement le trajet artériel.

Les *nerfs* sont les organes de beaucoup les plus importants en raison des conséquences que peut entraîner leur altération lors du traitement chirurgical. On rencontre dans cette région deux nerfs importants et leurs ramifications ; ce sont : le *facial* et le *temporal*

superficiel. Le *facial* prend son origine sur le bulbe, passe dans l'*aqueduc de Fallope* et sort du crâne à la base de l'apophyse mastoïde du temporal. Il passe alors sous la parotide puis entre le bord postérieur du maxillaire inférieur et cette dernière et se place sur le masseter. Il s'anastomose avec le temporal superficiel pour donner le *plexus sous-zygomatique*. La portion sous-parotidienne donne des ramifications importantes, les trois *nerfs auriculaires*, *antérieur*, *moyen* et *postérieur*. Le *nerf auriculaire antérieur* monte en avant de l'oreille et échange des ramifications avec le *frontal* au niveau du trou sourcilier. Il forme par anastomose avec des ramifications venant de la *branche ophtalmique de Willis* le *plexus auriculaire antérieur* situé en avant de la conque. La position des deux autres nerfs est suffisamment indiquée par leur dénomination même pour qu'il soit inutile d'y insister.

Le *temporal superficiel* prend naissance sur le *nerf maxillaire inférieur*, au niveau du trou déchiré antérieur et s'anastomose avec le *facial* au niveau de l'apophyse zygomatique du temporal pour former le *plexus sous-zygomatique*. Le *plexus* se termine par plusieurs branches, les unes supérieures se rendant à la face et à la lèvre supérieure où elles s'anastomosent avec le *pinceau sous-orbitaire* venant du maxillaire supérieur, les autres inférieures innervant la lèvre inférieure où elles échangent des anastomoses avec les *nerfs mentonniers*, terminaisons du *nerf maxillaire inférieur*. C'est le *temporal superficiel* qui apporte la *sensibilité* au *plexus sous-zygomatique*, le *facial* étant essentiellement *moteur*.

On rencontre également d'autres branches importantes issues de ces deux nerfs principaux. Nous nous sommes bornés à l'énumération de ceux dont l'altération se traduit par des symptômes extérieurs, c'est-à-dire de ceux qui se rendent dans des organes superficiels tels que la conque, les lèvres, etc...

Etant donné la position de ces nerfs on comprend aisément les accidents que peut entraîner une intervention chirurgicale souvent fort bien menée.

Anatomie pathologique

Du point de vue anatomo-pathologique on peut considérer un kyste dentaire comme constitué de trois éléments : une *membrane* d'enveloppe formant une cavité close ou fistulisée vers l'extérieur, du *liquide* contenu dans cette poche, et une ou plusieurs *dents* qui occupent par rapoprt au kyste lui-même des situations diverses. Examinons à la suite chacune de ces parties principales.

La *paroi* a une constitution voisine de celle de la peau, c'est-à-dire qu'on y trouve une couche profonde, le *derme*, et un revêtement interne, l'*épiderme*; elle peut présenter ces caractères sur toute l'étendue de la cavité ou alors seulement sur certains points, le reste étant constitué d'une *couche conjonctive* recouverte d'une seule assise épithéliale. La face interne du kyste est unie ou verruqueuse. On trouve dans son épaisseur des glandes sébacées, mêmes sudoripares et des follicules pileux. A remarquer que ces derniers sont rares et qu'on trouve rarement coexistence de poils et de dents dans les kystes dentaires de cette région. Le derme ne présente presque jamais de papilles ; quant à l'épiderme, les éléments qui le constituent sont plus petits que dans la peau ordinaire et les couches cornées plus minces. On ne trouve pas toujours une constitution aussi typique du tissu

cutané. Dans certains cas la paroi n'est formée que d'une couche conjonctive tapissée à l'intérieur par un épithélium, le tout se rapprochant plus ou moins de la peau.

Le liquide contenu dans ces kystes est variable dans son aspect et sa nature, suivant l'époque d'évolution à laquelle on l'examine. Au début, c'est ou bien un liquide assez clair, *séreux*, filant ou plus ou moins visqueux, ou bien de la *matière sébacée*. Quand il existe une fistule le liquide se transforme en général en véritable *pus*. L'examen histologique le montre formé : 1° de *leucocytes* contenant des gouttelettes de graisse ; 2° de *grandes cellules* également chargées de corpuscules graisseux ; 3° de *cristaux de cholestérine* ; 4° de *cellules glabres* analogues aux cellules cornées de l'épiderme ; 5° enfin de nombreuses *granulations* sans caractères bien définis.

Quant à la *dent* ou aux dents développées en cet endroit, elles offrent à étudier : leur situation par rapport à la poche kystique, leur nombre, leur forme et enfin leur constitution histologique.

En général, la dent fait saillie à l'intérieur de la cavité par une de ses extrémités, tandis que l'autre est plus ou moins enfoncée dans les tissus voisins, conjonctif, tissu osseux, etc... La partie qui fait saillie dans la poche est tantôt la *couronne* tantôt la *racine* de la dent, ce qui a permis de distinguer deux sortes de kystes : les premiers étant appelés kystes *dentaires* proprement dits, les seconds kystes *radiculo-dentaires*, beaucoup plus rares. La dent peut être contenue entièrement dans le kyste, et dans ce cas elle prend

point d'appui dans la paroi même ; ou bien encore elle peut être située en totalité au dehors du kyste, une de ses extrémités étant enfoncée dans l'épaisseur même de la paroi. Il peut même arriver qu'il existe une dent sans qu'une cavité kystique se soit forcément développée. La dent peut-être fixée à la région par du simple tissu cellulaire dense, mais le plus souvent elle se trouve implantée plus ou moins profondément dans les tissus osseux sous-jacents. C'est en général l'apophyse zygomatique ou le rocher qui sont le siège de prédilection de ces dents. L'os est creusé d'une véritable alvéole dans laquelle la dent est enchâssée à des degrés divers et la paroi osseuse se trouve de ce fait amincie. Il est des cas dans lesquels la dent fait saillie à l'intérieur du crâne, comprimant ainsi les méninges et les tissus propres de l'encéphale.

Le *nombre* des dents hétérotopiques est variable, mais en général peu élevé ; quand il en existe plusieurs elles sont en général soudées entre elles mais peuvent également être isolées ; elles peuvent d'ailleurs se former successivement dans le temps.

Leur *forme* aussi est variable, assez irrégulière le plus souvent ou bien se rapprochant plus ou moins de celle des dents normales, molaires ou incisives ; leur longueur peut aller jusqu'à sept ou huit centimètres et même davantage.

Les tissus qui entrent dans la constitution de ces dents sont les mêmes que pour les dents ordinaires, mais leur répartition en diffère un peu en ce sens que l'*ivoire* y est beaucoup plus abondant que les autres substances, ce qui a longtemps fait considérer cette lésion comme une dégénérescence éburnée de l'os.

Une coupe de dent extraite d'un de ces kystes y montre des rubans d'émail dirigés en tous sens et entourés d'une couche d'émail comme les molaires ordinaires du cheval.

Avec le temps le kyste peut se *fistuliser* ou se transformer en véritable *abcès*. On trouve alors dans le premier cas un ulcère au niveau de la peau avec écoulement de liquide, cet orifice donnant accès dans une fistule plus ou moins bien organisée ; dans le second cas, la paroi kystique est le siège d'une suppuration abondante comme une véritable *membrane pyogène*.

On peut donc trouver suivant le moment où on examine le kyste dentaire différentes formes anatomo-pathologiques qui se traduisent extérieurement par des symptômes également différents et que nous allons maintenant étudier.

Symptômes - Evolution

Les symptômes que présentent les kystes dentaires sont variables suivant l'âge de la lésion. Le plus souvent l'affection débute par la formation au niveau de la région temporo-auriculaire d'une tumeur *molle, fluctuante*, en général indolore ou très peu douloureuse, de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf et pouvant refouler plus ou moins l'oreille en arrière; on peut sentir à la palpation la présence d'un *corps dur* situé à son intérieur et faisant plus ou moins saillie sous la peau qui est en général mobile à sa surface. La lésion peut persister ainsi longtemps, mais le plus souvent la peau *s'ulcère* en un point donné et un orifice apparaît, le plus fréquemment situé au niveau du cartilage scutiforme ou à la base de la conque ; on peut aussi le rencontrer plus près de la ligne médiane, vers l'apophyse zygomatique ou bien encore auprès du bord libre du pavillon de l'oreille et plus ou moins haut sur ce dernier. Le contenu du kyste s'écoule alors au dehors sous forme d'un liquide *séreux*, filant ou huileux ressemblant à du blanc d'œuf, puis nettement *purulent* à odeur fétide, infecte, qui agglutine les poils situés à la partie inférieure de son point de sortie et y adhère fortement en formant des grumeaux jaunâtres. Le tissu cutané périphérique

est dépilé et on y remarque ça et là des croûtes purulentes. L'*orifice* se présente sous l'aspect d'une granulation ou plus fréquemment il a une forme en infandibulum; ses bords sont épais, durs, calleux avec le temps, formant un véritable bourrelet glabre et lisse. On peut quelquefois en écartant les bords de cette plaie apercevoir la dent enkystée. A ce moment existent tous les symptômes d'une fistule ancienne. Si au début on a pu noter quelque engorgement de la région, celui-ci a en général disparu. La *fistule* peut se tarir par oblitération, mais une nouvelle poussée inflammatoire vient bientôt rétablir la suppuration par cette même fistule ou par d'autres qui s'ouvrent en des points variés de la tumeur. On peut donc dans les cas très anciens se trouver en présence de plusieurs fistules cicatrisées ou non. La région est souvent le siège d'un *prurit* intense, ce qui invite les animaux à se gratter fréquemment. Généralement ces tumeurs sont peu douloureuses, mais il est des cas cependant où la sensibilité est assez accentuée au point d'entraîner une certaine gêne de la mastication avec atrophie consécutive des muscles masticateurs, mais c'est là une exception. On peut aussi quelquefois noter tous les symptômes de la *paralysie du facial* dans les cas où il y a compression de cet organe par la tumeur même. On ne trouve presque jamais de symptômes généraux accusés sinon dans les cas de méningo-encéphalite lorsque la dent fait saillie à l'intérieur du crâne et comprime les centres nerveux.

Les kystes dentaires n'ont *aucune tendance à rétro-céder*; quand les symptômes locaux s'atténuent, ce

n'est, le plus souvent, que pour réapparaître quelque temps après avec une intensité plus grande. Ils peuvent donc durer des années à moins que des complications n'entraînent la mort du sujet, et c'est ce qui en fait une affection assez sérieuse qu'on ne doit pas hésiter à diagnostiquer.

Diagnostic

Le diagnostic de kyste dentaire est assez facile à poser en tenant compte des considérations suivantes: d'abord c'est une affection assez fréquente dans la *région temporo-auriculaire* et aussi bien à droite qu'à gauche; on les trouve plus souvent chez les jeunes chevaux au cours même de la période de dentition que chez les vieux, mais il existe des exceptions puisqu'on a vu des chevaux de plus de 15 ans porteurs de ces kystes. Le diagnostic sera évidemment établi d'après les symptômes énumérés plus haut.

On se trouvera en présence soit d'une tumeur molle, fluctuante, indolore le plus souvent, soit d'une tumeur dure, soit encore d'une ou plusieurs fistules avec écoulement de liquide ou de pus, ainsi que nous l'avons déjà dit. Dans tous les cas, la présence de la dent incluse pourra presque toujours être décelée par la *palpation*. Quand il s'agit d'un kyste fistulisé, le *sondage* fournit des renseignements précieux. : la sonde, introduite par l'orifice extérieur s'enfonce plus ou moins profondément à l'intérieur du kyste et vient butter contre la dent en produisant un bruit particulier, donnant l'impression de nécrose osseuse ; on sent une surface raboteuse et le plus souvent immobile. Alors que la pression exercée à la surface de

tumeur est le plus souvent fort bien supportée par le sujet, il n'en est pas de même du sondage, qui produit toujours chez ce dernier des mouvements de défense, témoignant ainsi d'une certaine sensibilité.

On pourrait confondre cette affection avec d'autres siégeant au même endroit. C'est ainsi que l'*abcès froid mou* présente quelque ressemblance du point de vue symptomatologique avec le kyste dentaire; si la palpation ne renseigne pas suffisamment la ponction exploratrice est souvent nécessaire pour les différencier.

L'*hématome* donne une sensation neigeuse caractéristique à la pression et, de plus, est très rare dans cette région.

Dans le cas de tumeur dure faisant saillie sous la peau, on devra faire le diagnostic différentiel d'avec une *éxostose* possible due à un traumatisme plus ou moins violent portant sur une portion donnée de l'os temporal; on se basera sur les commémoratifs et la présence presque constante d'une cicatrice au niveau de la peau; on note en plus de la chaleur et de la douleur assez accusées à la palpation.

On a longtemps considéré les fistules par kystes dentaires comme étant la conséquence d'une *nécrose osseuse* entretenant la suppuration, nécrose portant soit sur l'os temporal, soit sur le cartilage scutiforme ossifié. On peut, en effet, hésiter entre ces deux affections, dans lesquelles le sondage donne à peu près les mêmes renseignements, mais le pus de la nécrose osseuse est souvent de mauvaise nature et renferme de nombreuses granulations jaunâtres. Quoi qu'il en

soit, l'hypothèse de l'existence d'un kyste dentaire est en général beaucoup plus à émettre que celle d'une nécrose osseuse, cette dernière étant comparativement assez rare.

Pense-t-on à l'*ostéo-myélite*? le sondage donne dans ce cas un bruit particulier dû au brisement des trabées osseuses par raréfaction du tissu osseux devenu spongieux, bruit qu'on a comparé à celui que donnerait une sonde introduite dans un mélange de beurre et de sable; de plus le pus de la carie est de mauvaise nature, sanieux et d'odeur infecte caractéristique et la plaie qui lui donne naissance saigne avec une facilité remarquable.

Une affection assez fréquente de la région de l'oreille est celle produite par la *boucle du licol mal ajusté* et qui traumatise les tissus. Il y a alors perte de substance au niveau de la peau avec souvent écoulement de liquide plus ou moins purulent. Le diagnostic sera vite posé par le sondage qui est peu profond, à moins d'un décollement des tissus par formation d'un abcès. Il suffit d'ailleurs de supprimer la cause agissante pour voir toujours l'affection aller vers la guérison en quelques jours. Quelques soins antiseptiques suffisent à hâter la cicatrisation.

On rencontre aussi quelquefois dans cette région une affection que nous avons mentionnée au chapitre étiologie et qui est produite par la *non oblitération d'une fente branchiale*. Il existe alors, comme pour les kystes, un orifice donnant écoulement à du liquide blanchâtre et visqueux, surtout accusé pendant la mastication et qui agglutine les poils ; la sonde intro-

duite dans cet orifice s'enfonce de cinq à six centimètres environ et permet de constater l'existence d'une dilatation en *cul-de-sac* : c'est une fistule borgne dont l'exploration douloureuse provoque de la toux ainsi que des efforts de déglutition qu'on ne s'explique que par phénomène réflexe.

Enfin signalons la possibilité d'*arthrite traumatique suppurée* de l'articulation temporo-maxillaire. Dans ce cas le pertuis cutané est situé en avant de l'apophyse zygomatique, au niveau même du condyle du maxillaire inférieur ; on note en plus de l'impossibilité presque absolue de la mastication et écoulement de pus venant de la séreuse articulaire lésée. Le sondage fournit dans ce cas aussi des renseignements aussi utiles que précis.

Il est intéressant du point de vue du traitement de pouvoir poser un diagnostic sûr de kystes dentaires, ces derniers nécessitant en effet dans la grande majorité des cas une intervention chirurgicale.

Pronostic

Le pronostic des kystes dentaires doit toujours être *réserve* puisqu'ils constituent une affection tenace pour laquelle il faut nécessairement intervenir ; en effet on cite peu de cas où la guérison a été obtenue par élimination spontanée de la dent incluse ; de plus ces fistules malodorantes déprécient fortement l'animal qui en est porteur. Le pronostic est encore assombri en raison des désordres possibles du côté des centres nerveux, des nerfs périphériques ou de l'ouïe quand la tumeur comprime l'un de ces organes. Il faut également tenir compte des suites opératoires qui sont quelquefois graves et irrémédiables. On a été jusqu'à dire que ces tumeurs pouvaient se transformer en véritables *cancers* ; sans en pousser la gravité jusque-là il n'en est pas moins vrai que les kystes dentaires de la région temporo-auriculaire ne constituent pas une affection banale.

Traitement

Le traitement des kystes dentaires de la région temporo-auriculaire n'a rien de comparable à celui des kystes dermoïdes vulgaires pour lesquels on préconise un grand nombre d'interventions qui sont inefficaces ici, tels sont : le *drainage*, la *ponction* suivie ou non d'injections irritantes, l'*incision large* de la tumeur, etc... : l'intervention chirurgicale seule donne des résultats satisfaisants et consiste uniquement dans l'extraction de la dent et la destruction de la paroi kystique.

Le sujet étant préparé en vue de l'abatage, on le couche sur le côté opposé à la lésion ; la tête est débarrassée du licol et maintenue solidement par deux aides. La région est rasée et aseptisée et on peut, si l'on veut, endormir le sujet ou faire une simple anesthésie locale à la cocaïne.

Le premier temps opératoire consiste à ouvrir le kyste largement, soit en débridant la fistule à l'aide de la sonde et du bistouri, soit en faisant sur la tumeur une incision cruciale délimitant quatre lambeaux de peau qu'on érige de chaque côté. La dent apparaît alors au fond de la plaie plus ou moins en saillie sur les tissus environnants.

Deuxième temps opératoire : c'est l'*extirpation* de la dent incluse : on la saisit par son extrémité entre

les mords d'une pince et on se rend compte de sa mobilité. Ici plusieurs cas peuvent se présenter : la dent est très *mobile* ou même n'est pas enchâssée dans l'os sous-jacent ; il suffit alors de quelques mouvements de bascule pour rompre les quelques adhérences contractées avec les tissus environnants et l'extraire. Mais il arrive que la dent est *profondément enchâssée* dans l'os temporal ; dans ce cas il est nécessaire souvent de l'ébranler fortement à l'aide d'un maillet et d'un repoussoir et c'est là justement qu'est le danger de l'opération.

Il est beaucoup moins facile d'opérer quand la dent au lieu de faire saillie, dépasse à peine la table osseuse qui lui sert de base ; on n'a sur elle en effet aucune prise solide et on est obligé de creuser tout autour une sorte de tranchée à même dans le tissu osseux de façon à ce qu'elle soit un peu en relief ; on se sert à cet effet d'une gouge et d'un maillet. La dent est ensuite saisie avec des pinces ou un fil d'acier passé en nœud coulant autour de la saillie ainsi formée et on tente l'extraction. Comme on peut s'en rendre compte celle-ci n'est pas toujours facile et dépend du degré d'enclavement de la dent dans les tissus osseux.

Quant à la destruction de la membrane kystique, elle se fait en général toute seule lors de l'extirpation de la dent ; on la complète par un curetage des tissus et principalement de l'os temporal, surtout au niveau de l'alvéole dentaire ainsi mise à nu.

On a soin au cours de l'opération de faire une *hémostase* aussi parfaite que possible afin de reconnaître plus aisément les divers tissus qu'on rencontre.

L'opération terminée on complète par un lavage antiseptique et l'application d'un pansement.

Les accidents opératoires ne sont pas très rares. Quand la dent est profondément enchâssée dans l'os temporal et que l'on force pour la mobiliser, il arrive qu'on *brise* la paroi crânienne et que des esquilles osseuses viennent traumatiser les tissus encéphaliques ; les *fractures* de la caisse du tympan ou de l'os lui-même sont une autre complication possible due aux chocs produits par le maillet.

On observe parfois la *nécrose* de la paroi alvéolaire servant d'assise à la dent, nécrose qui nécessite une deuxième intervention par curetage.

La *méningo-encéphalite* peut faire suite à certaines opérations un peu brutales, ainsi que la paralysie des régions de la face innervées par le facial, lequel est quelquefois lésé à son passage au niveau du champ opératoire.

En général cependant l'intervention bien menée est suivie de succès et les cas sont rares où la plaie ne se cicatrise pas ; s'il en est ainsi c'est qu'il persiste une esquille osseuse entretenant la suppuration ou une deuxième dent qu'on n'a pas remarquée.

Quelle est donc la conduite à tenir en présence d'un kyste dentaire ? Si on craint des accidents graves du côté des centres nerveux, en raison même de la présence de la dent dans leur voisinage, ou si cette dernière produit des troubles fonctionnels importants, tels que gêne dans la mastication, etc..., on devra opérer dans tous les cas et chez tous les sujets. Si au contraire c'est par simple convenance qu'on désire

débarrasser un animal d'une tumeur ou d'une fistule malodorante qui le tarent, il y a lieu de faire une discrimination entre le cheval de luxe et le cheval de trait ; chez le premier on pourra tenter l'extraction de la dent même profondément enchâssée, si on y tient essentiellement; mais quant au second il est préférable de le laisser travailler avec une vilaine tare plutôt que de s'exposer à perdre un animal en voulant le guérir d'un mal qui ne le gênait pas.

Observation personnelle

Cheval alezan, 5 ans, appartenant à M. Grangé François, domicilié à La Culas, par Saint-Genis-Terre-Noire.

L'animal est amené à la clinique de l'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE le 28 novembre 1927, par son propriétaire parce qu'il présente au niveau de la base de l'oreille droite une fistule donnant écoulement à un pus fétide et qui dure depuis *plusieurs mois* déjà malgré les divers traitements antiseptiques qu'on lui a appliqués jusqu'à ce jour. D'après les déclarations du propriétaire cette fistule s'est fermée à plusieurs reprises entraînant chaque fois la suppression totale de l'écoulement qui réapparaissait aussi abondant quelque temps après par réouverture de cette même fistule. Le sujet n'a jamais présenté de symptômes généraux ni de symptômes fonctionnels du côté de la mastication et a toujours conservé l'appétit.

A l'examen du sujet on note au niveau de la conque droite, au-dessus du bord libre du pavillon, un *orifice circulaire* du diamètre d'une pièce de cinquante centimes et par lequel s'écoule un pus *caillebotté et fétide* qui agglutine les poils de la région inférieure de la tempe. Les bords de cet orifice sont dépilés et luisants sur plusieurs centimètres.

A la *palpation* on sent une tumeur *dure* sous-cutanée non adhérente à la peau qui glisse facilement à sa surface et qui est le siège d'un léger empâtement. On peut voir en écartant les lèvres de la plaie une masse blanc-jaunâtre sur laquelle la sonde rend un bruit mat ; il n'existe pas de symptômes généraux et l'animal est *en parfait état de santé*. La température à l'entrée est de $37^{\circ}3$ et se maintiendra à peu près constante jusqu'à l'opération.

On pose le diagnostic de kyste dentaire et on garde l'animal en observation pendant quelques jours, l'intervention ne paraissant pas devoir être immédiatement tentée.

Jusqu'au 15 décembre, date de l'opération, l'animal mange bien, l'appétit n'étant pas diminué et la mastication se faisant sans aucune gêne du côté de l'articulation temporo-maxillaire. La température, à la veille de l'opération, est de $37^{\circ}5$. La lésion ne s'est pas modifiée sensiblement et l'opération est décidée.

Le sujet est préparé deux jours avant en vue de cette opération : il est soumis à une diète à peu près complète ; quelques barbotages seulement constituent sa ration journalière.

Le 15 décembre au matin l'animal est couché sur le côté gauche ; l'anesthésie locale à la cocaïne est pratiquée, la région rasée et aseptisée. On fait une incision cruciale portant sur la peau un peu au-dessus de l'orifice fistuleux qu'on débride ensuite par en haut ; les quatre lambeaux de tissus ainsi délimités sont érignés, ce qui permet de découvrir aisément la dent que l'on peut saisir entre les doigts. Quelques vaisseaux qui saignent sont ligaturés. La dent est

serrée fortement entre les mords d'un davier et après des mouvements de latéralité relativement peu accusés elle est facilement extirpée ; elle a la forme d'une *molaire ordinaire* plus ou moins régulière et mesure près de sept centimètres de long ; quelques lambeaux de tissu périostique adhèrent à sa base. Elle reposait dans une sorte d'*alvéole* peu profonde creusée dans l'épaisseur de l'*apophyse zygomatique du temporal* et qu'on sent facilement par l'exploration faite avec le doigt. Cette exploration révèle alors la présence d'une *deuxième masse dure* peu saillante à la surface de la table osseuse lui servant de base et située plus en arrière, au niveau semble-t-il de l'*aqueduc de Fallope*. On cherche à opérer avec cette deuxième dent comme avec la première mais cette fois on ne peut pas l'extraire avec un simple davier car elle offre une résistance très nette à l'arrachement ; l'enchâssement est tel qu'il faut se servir d'un *repoussoir* et d'un *maillet* pour tâcher de l'ébranler ; plusieurs coups assez forts sont nécessaires et quand, la dent, une fois saisie dans les pinces on fait bascule pour l'extirper, on amène avec elle un fragment entier d'os que l'examen montre être une partie de l'*aqueduc de Fallope* lui-même. Ce débris osseux représente exactement une coupe de l'aqueduc de Fallope faite suivant un plan perpendiculaire au grand axe de la tête et passant par le conduit du nerf facial à l'intérieur de l'aqueduc. La dent a deux centimètres et demi à trois centimètres de long et est plus irrégulière que la première.

Après un *curetage* soigné du tissu osseux sous-jacent, on arrête là les frais d'intervention. Un lavage

antiseptique est fait et un pansement protecteur laissé en place. L'animal relevé est rentré dans son boxe; rien de particulier à noter à ce moment au point de vue symptômes généraux.

Le 16 décembre, lendemain de l'opération, la température est de 39°3. L'animal cependant a conservé l'appétit et mange d'ailleurs assez facilement. La plaie est le siège d'une suppuration assez abondante; on la désinfecte à l'eau très légèrement iodée.

Jusqu'au 25 décembre l'état du sujet est sensiblement le même. La plaie suppure encore sans doute en raison de la présence d'*esquilles osseuses* restées au fond des tissus. Un écouvillonnage est pratiqué entraînant quelques débris de tissus mortifiés.

Le lendemain apparaissent alors des signes particuliers témoignant de la *paralysie du nerf facial*. L'oreille droite est portée moins droite et la paupière supérieure du même côté recouvre davantage le globe oculaire.

Cet état persiste plusieurs jours et le 29 décembre on note en plus une déviation légère de la lèvre inférieure du côté gauche, déviation due au tonus musculaire qui est diminué à droite par suite de la paralysie.

Le 1^{er} janvier les symptômes sont très nets : l'oreille est portée horizontalement et semble complètement privée de vie. L'œil se recouvre d'avantage; quant à la lèvre inférieure elle est très fortement déviée à gauche, ce qui donne à l'animal une attitude particulière.

A ce moment apparaissent alors des difficultés très grandes du côté de la *préhension des aliments*. Des brins de fourrage passent à travers les lèvres et tom-

bent à terre ; l'animal *fume la pipe*, selon l'expression classique. Il y a moins de difficulté pour boire, aussi donne-t-on des barbotages de farine d'orge et de son pour ne pas que l'animal maigrisse trop. Malgré cela il continue à se nourrir suffisamment.

A quoi sont dus ces phénomènes ? Sans aucun doute à une *dégénérescence* du nerf facial altéré à la suite du traumatisme violent qui a brisé son trajet osseux que constitue l'aqueduc de Fallope. Il n'y a certainement pas rupture nette étant donné le temps écoulé entre l'opération et l'apparition du premier symptôme paralytique. La plaie est maintenant en bonne voie de cicatrisation. On continue à la désinfecter légèrement.

Tous ces signes durent plusieurs semaines sans modifications appréciables ni dans un sens ni dans l'autre. La température est revenue à la normale et il ne reste du souvenir de l'opération que la plaie de plus en plus étroite et les signes paralytiques dont l'animal semble fort bien s'accommoder. On garde cependant l'animal afin de suivre le cours de l'affection.

Le 1^{er} février il semble que les signes de paralysie s'affaiblissent et qu'on assiste à une véritable régénérescence nerveuse. Cette amélioration se poursuit par la suite et le 15 février l'animal est presque redevenu en possession de ses facultés premières : l'oreille est redressée presque complètement, l'œil apparaît mieux entre les paupières et la lèvre reprend sa position normale. Quant à la plaie elle est cicatrisée complètement et le poil entièrement repoussé.

L'animal sort des hôpitaux de l'ECOLE le 20 février 1928 presque absolument guéri.

Depuis il a travaillé régulièrement, tout est rentré normalement dans l'ordre et l'affection n'a jamais eu depuis tendance à récidiver.

Conclusions

I. — Les kystes dentaires sont assez fréquents chez le cheval dans la *région temporo-auriculaire*.

II. — Ils relèvent uniquement de l'embryologie et sont dus à un *enclavement* de tissu dermoïde au niveau de la *première fente branchiale*.

III. — Leurs symptômes ne prêtent en général à aucune équivoque ; le diagnostic en est facile et on devra toujours y penser toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une tumeur dure ou molle, fistulisée ou non, siégeant dans cette région.

IV. — Il faudra toujours réserver son pronostic pour les raisons suivantes : ce sont des *lésions sans tendance à régresser, qui tarent le sujet qui en est porteur et qui peuvent dans certains cas donner lieu à des complications graves au cours même de leur évolution*.

V. — Quant au *traitement*, il devra toujours être discuté :

1° Le kyste est *fermé et indolore*; dans ce cas mieux vaut le laisser suivre son évolution. N'intervenir que chez les chevaux fins quand la tare est par trop disgracieuse.

2° Le kyste est *fistulisé et douloureux*; l'opération s'impose et alors deux cas se présentent : a) la dent est *mobilisable* très facilement, on opère dans tous les cas; b) la dent est *profondément enchâssée* dans l'os; on ne poursuivra alors l'intervention que chez les chevaux de luxe si on tient essentiellement à tenter une chance de succès ; il vaut mieux s'en abstenir quand on a affaire à un cheval de trait auquel on ne demande qu'une chose, la possibilité de fournir du travail.

Vu : Le Directeur
de l'Ecole Vétérinaire de Lyon
par intérim,
D^r BAILL.

Le Professeur
de l'Ecole Vétérinaire,
D^r DOUVILLE.

Vu : Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Le Président de la Thèse,
D^r FAVRE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, 25 Janvier 1930.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
J. GHEUSI.

Bibliographie

- MAGE-GROUILLÉ. — Dent extraite d'une tumeur à l'oreille d'une pouliche. *Correspondance sur les animaux domestiques*, par Fromage de Feugré. Tome IV, 1811.
- J.-B.-D. RODET. — Dégénérescence éburnée de la portion osseuse du temporal observée chez le cheval. *Recueil de Médecine vétérinaire*. Tome IV, 1827.
- LEBERT. — Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général. *Mémoires de la Société de Biologie*, 1852.
- REYNAL. — Ossification du cartilage scutiforme, nécrose de l'os de nouvelle formation. *Recueil de Médecine vétérinaire*, 1853.
- HERING. — Rapports sur les conquêtes de la Médecine vétérinaire en 1851. *Annales de Médecine vétérinaire*. Bruxelles, 1853.
- GOUBAUX. — Des aberrations dentaires chez les animaux domestiques. *Recueil de Médecine vétérinaire*. Tome I, 1854.
- GUERRAPAIN. — Tumeurs de la base de l'oreille. *Recueil de Médecine vétérinaire*, 1866.
- ZUNDEL. — Chronique vétérinaire d'Allemagne. *Recueil de Médecine vétérinaire*, 1873.
- LANZILLOTTI, BUOZANTI et GÉNÉRALI. — (Analyse de Riquet). Les Kystes dentaires. *Recueil de Médecine vétérinaire*, 1874.
- COLLIN DE BULGNÉVILLE. — Chronique du 15 septembre. *Recueil de Médecine vétérinaire*, 1876.
- BENJAMIN. — Sur une dent extraite de la portion pétrée du temporal. *Recueil de Médecine vétérinaire*, 1878.
- DEGIVE. — Kyste dentaire à la base de l'oreille chez un cheval. *Annales vétérinaires*. Bruxelles, 1880.

- Ch. MOROT. — Note pour servir à l'histoire des kystes dentaires de la région temporale chez le cheval. *Recueil de Médecine vétérinaire*, 1882.
- PIAU. — Dents erratiques chez le cheval. *Recueil de Médecine vétérinaire*, 1889.
- CADIOT et ALMY. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 1898.
Pathologie et clinique vétérinaire, 1899.
- LEBLANC, CADÉAC, CAROUGEAU. — *Pathologie chirurgicale*, 1902.
- KOIRANSKY. — *Archiv für Wissenschaftl und Prakt. Thierheilkunde*, janvier 1903.
- Sur la fréquence des kystes dermoïdes chez le cheval.
- GRASBY. — Un kyste dentigère dans l'os temporal d'un cheval. *The veterinary journal*, septembre 1905.
- MEHOLIN. — Fistule de l'oreille due à un kyste dentigère chez le cheval. *American veterinary review*, décembre 1906.
- HARDING. — Kyste dentigère. *The veterinary journal*, août 1906.
- INGLIS. — Kyste dentaire de la région temporale. *The veterinary record*, 3 avril 1909.
- DORNIS. — Un cas de fistule de l'oreille due à un kyste dentaire. *Zeitschrift für Veterinärkunde*, février 1912.
- L. MONTANÉ et E. BOURDELLE. — *Anatomie régionale des animaux domestiques*, 1913.
- CHRISTIAN CHAMPY. — *Manuel d'Embryologie*, 1921.
- A. BRANCA. — *Précis d'Embryologie*, 1922.
- FONTAINE et HUGUIER. — *Dictionnaire vétérinaire*, 1924.
- CADIOT et ALMY. — *Traité de thérapeutique chirurgicale des animaux domestiques*, 1924.
- V. BALL. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1924.
- G. BAIXE. — *Manuel d'Embryologie*, 1928.
- ACHARD et LOEPER. — *Anatomie pathologique*.
- LESBRE. — *Traité de tératologie de l'homme et des animaux domestiques*.
- DOUVILLE. — *Cours de Pathologie chirurgicale*, 1928.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Définition... ..	9
Historique	11
Etiologie	16
Anatomie	23
Anatomie pathologique	28
Symptômes - Evolution	32
Diagnostic.....	35
Pronostic	39
Traitement.....	40
Observation personnelle	44
Conclusions.....	50
Bibliographie.....	52



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON °

° ° ° ° ° LYON ° ° ° ° °



